

RENÚNCIA DAS INFORMAÇÕES DO FORMULÁRIO DE BENEFÍCIO DE REFEIÇÃO

Prezados Pais/Guardiães

Existe agora um seguro de saúde acessível para seus filhos. Neste momento, a maioria das famílias que trabalham duro para pagar suas contas podem obter seguro de saúde gratuito ou de baixo custo para seus filhos.

Crianças que possuem seguro de saúde têm maiores possibilidades de receber a vacinação necessária e receber tratamento por doenças. Sem tratamento, estas doenças podem atrasar o processo de aprendizado de seu filho e causar problemas por toda a vida. Caso não tenha um seguro de saúde para seu filho, marque o quadrinho abaixo para receber informações sobre seguro de saúde gratuito ou de baixo custo. **É importante entender que não é necessário autorizar a divulgação destas informações. Esta autorização é completamente voluntária.**

Seguro de Saúde Sim. Quero seguro de saúde para meu filho. Funcionários do Programa podem fornecer informações sobre o meu Formulário de Benefício de Refeição para o Medicaid ou funcionários do programa de seguro de Saúde Estadual para crianças. Funcionários do programa de seguro de Saúde Estadual e do Medicaid podem fazer uso destas informações para ajudar a determinar se seu filho tem direito aos benefícios do Medicaid ou do programa de seguro de Saúde Estadual. Funcionários do programa de seguro de Saúde Estadual e do Medicaid podem entrar em contato com vossa senhoria para obter maiores informações.

Entendo que estarei autorizando a divulgação de informações do Formulário de Benefício Alimentar de meu filho. Renuncio os meus direitos de sigilo somente para este propósito .

Certifico que sou o pai/ Guardiã pela criança.

Assinatura do pai/Guardião _____

Escreva o nome do pai/ Guardiã: _____

Endereço: _____
